

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THESE

N°

542

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre COQUIN

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

Né le 26 Février 1907, à Concourson (M.-et-L.)

Contribution à l'étude
DE
L'Infection Puerpérale à Enterocoque

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

ANGERS
L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21
—
1933

ANNÉE 1933

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre COQUIN

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

Né le 26 Février 1907, à Concourson (M.-et-L.)

Contribution à l'étude DE L'Infection Puerpérale à Enterocoque

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

ANGERS

L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU

21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGERCT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
Professeur sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie. *	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.
Pathologie médicale.	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.	BROCO.
Pathologie médicale.	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.	CADENAT.
Pathologie médicale.	CATHALA.
Pathologie médicale.	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.	HUGUENIN.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.	LIAN.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Pathologie médicale.	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.	QUÉNU.
Physiologie	RICHTET Fils.
Chimie biologique.	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.	VALLERY-RADOT.
Ophthalmologie	(Pasteur).
Obstétrique	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de ma tendresse
filiale et de ma reconnaissance
pour son grand dévouement.*

A MA FIANCEE

*Gage de ma respectueuse affec-
tion.*

A MON FRERE, A MES SŒURS

A MES ONCLES ET TANTE

*Spécialement à mon oncle, M. le
Chanoine Rossignol, en témoi-
gnage de reconnaissance pour
tout ce qu'il a fait pour moi.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES
de la Faculté de Médecine de Paris

A la mémoire de Monsieur le Docteur TESSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine et de l'Hôtel Dieu d'Angers

A Monsieur le Docteur DENECHAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur TURLAIS

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE

MÉDECIN DE L'HÔTEL DIEU

A Monsieur le Docteur THOUVENIN

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL DIEU

A Monsieur le Docteur BIGOT

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MÉDECIN DE L'HÔTEL DIEU

A Monsieur le Docteur BOQUEL
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
D'ANGERS
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de
cette thèse.*

INTRODUCTION

Au cours de notre internat à la Clinique Obstétricale de l'Hôtel Dieu d'Angers, nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre jour par jour, une malade qui à la suite d'un accouchement fut atteinte de septicémie entérococcique.

Cette affection est très rare, ou tout au moins très rarement reconnue; elle semble avoir une symptomatologie et une évolution particulière assez différentes des autres septicémies puerpérales, et, puisque nous avons la bonne fortune de pouvoir en étudier un cas, il nous a paru possible de faire de cette étude, le sujet de notre thèse inaugurale.

M. le docteur Boquel voulut bien nous faire profiter des remarques qu'il avait faites au sujet d'un cas semblable observé par lui, il y a quelques années; par ailleurs, M. le docteur Gaugain, nous a aimablement communiqué une observation de cette affection recueillie par lui, précédemment. Nous appuyant sur ces quelques observations, nous essaierons dans ce modeste travail de démontrer que l'infection puerpérale à entérocoque par les caractères spéciaux qu'elle présente est importante à connaître, et doit retenir l'attention.

Nous tenons à exprimer ici, toute notre reconnaissance à l'égard de M. le docteur Boquel, qui fut l'inspirateur de cette thèse et à qui nous devons tant pour ses conseils si éclairés au cours de ce travail, et pour la grande bienveillance qu'il nous a témoignée durant notre stage d'interne dans son service.

Nos remerciements vont aussi à M. le docteur Papin et à M. le docteur Gaugain, qui voulurent bien s'intéresser à cette thèse : l'un en nous communiquant des renseignements bactériologiques relatifs à l'entérocoque; l'autre, en nous faisant part d'une observation particulièrement intéressante.

HISTORIQUE

On peut dire que l'entérocoque, agent pathogène de l'infection qui nous occupe, a été étudié depuis relativement peu de temps. Ce n'est guère que depuis trente ou quarante ans, qu'on a reconnu que ce germe était à la base de certaines affections jusque-là mal identifiées.

Il semble que ce soit Thiercelin qui, le premier, en 1889, dans un article intitulé « Morphologie et reproduction de l'Entérocoque », paru dans le « compte rendu de la Société Biologique », ait mis en relief ce microbe, qui souvent d'ailleurs, est désigné sous le nom de Microbe de Thiercelin. Plus tard, en 1899, en 1903, le même auteur dans diverses publications faisait part de ses études sur l'entérocoque.

En 1902, Jouhaud faisait sa thèse sur les caractères biologiques de l'Entérocoque.

En 1904, Trastour à son tour publiait sa thèse : l'« Entérocoque agent pathogène », document d'une grosse valeur médicale.

En 1917, Tricoire s'intéressait à la question et publiait successivement plusieurs articles ayant trait à l'entérocoque comme agent pathogène.

Depuis, un certain nombre d'auteurs ont étudié et publié leurs études sur ce germe, citons en particulier les travaux de Langeron¹ et d'Abadie en France, et de Einaudi et Meyer à l'étranger.

Mais les cas où l'on trouve signalé l'entérocoque dans le sang au cours du post-partum sont très rares. Thiercelin à la Société Biologique, en 1908, rapporte trois cas d'infection puerpérale dans lesquels l'hémoculture révéla de l'entérocoque, mais il ne publie pas les observations.

En 1921, Gonnet et Bujadoux publièrent un cas d'infection puerpérale à entérocoque, dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Nous avons d'ailleurs reproduit cette observation particulièrement intéressante à la fin de cette thèse.

A l'étranger, Donaldson en publia un cas en 1913, et Negrète un autre en 1932.

On voit, par ce court historique, que l'entérocoque, agent pathogène de l'infection puerpérale, est en somme relativement peu connu et que les cas de cette affection qu'on a publiés jusqu'ici sont fort peu nombreux.

BACTERIOLOGIE

Plusieurs auteurs, avant 1890, avaient déjà cité l'entérocoque comme agent pathogène, mais c'est Thiercelin qui le premier l'isola et l'étudia vraiment.

A vrai dire, d'ailleurs, l'entérocoque est assez peu connu, et actuellement encore il arrive qu'on le confonde avec d'autres bactéries.

Au point de vue morphologique, il faut considérer l'entérocoque dans l'organisme et dans les cultures :

Dans l'organisme, c'est un diplocoque lancéolé et auréolé; les éléments de ce diplocoque peuvent être dissemblables et n'avoir pas la même forme. Les diplocoques sont ou bien isolés, ou bien groupés de façon à former des courtes chaînettes.

Dans les cultures, on obtient des résultats différents suivant les milieux. C'est ainsi que sur bouillon, on a des diplocoques seuls ou en courtes chaînettes, ainsi que des formes en tétrade ou en trièdre; sur gelose, le polymorphisme est plus grand, on a moins de chaînettes.

Si l'on étudie la coloration, on s'aperçoit que l'entérocoque se colore bien par les couleurs d'aniline et prend le gram.

Nous ne dirons qu'un mot des milieux de cultures :

On cultive ordinairement l'entérocoque sur bouillon et gélose;

Sur bouillon, après quelques jours de cultures, on obtient un dépôt que l'agitation soulève en spirales, sans le dissocier dans le liquide;

Sur gélose, on obtient de petites colonies transparentes qui deviennent opaques ensuite.

Tels sont, en quelques mots, les caractères du microbe qui nous occupe, mais deux autres bactéries, le pneumocoque et le streptocoque ont avec lui de grosses ressemblances, ressemblances qui ont souvent provoqué des erreurs. C'est pourquoi nous voudrions essayer de souligner ici les caractères qui les différencient les uns des autres.

« L'entérocoque (Dopter et Sacquépée) rappelle le pneumocoque dans l'organisme, et le streptocoque dans les cultures en bouillon ». En effet, le pneumocoque est un diplocoque lancéolé et encapsulé, se disposant en courtes chaînettes, de même que l'entérocoque. Il est donc difficile d'identifier ces deux microbes par simple examen direct, l'un et l'autre donnant le même aspect. C'est pourquoi, il devient utile de procéder à une inoculation de souris, ou à des cultures qui simplifieront le diagnostic. On peut en effet facilement reconnaître les caractères cultureux de l'entérocoque différents de ceux du pneumocoque, ainsi que son polymorphisme beaucoup plus grand.

Mais s'il s'agit du streptocoque, la question est toute autre, et si l'on n'a pas distingué par examen direct

l'entérocoque, ce qui est assez difficile, étant donné leur ressemblance, on aura souvent beaucoup de peine à les différencier par leurs caractères culturels. Nous avons dit cependant, qu'avec l'entérocoque, au bout de quelques jours de cultures sur bouillon, on obtient au fond du tube un dépôt que l'agitation soulève en spirales sans le dissocier dans le liquide. Or, avec le streptocoque, on obtient aussi un dépôt formé de flocons, et si on vient agiter ce dépôt, les flocons se disséminent dans le liquide sans le troubler, puis retombent. Il semble que ce moyen soit le meilleur pour reconnaître l'un de l'autre ces deux bactéries.

Cependant, Kurth Meyer et Hertho Schonfeld, dans un article intitulé « Différenciation de l'Entérocoque et du Streptocoque Viridans » nous donnent un certain nombre de caractères propres à chacun de ces microbes et qui permettent de les différencier.

ENTÉROCOQUE

Caractères constants :

Fermentation de l'esculine
Résistance à la bile.

Caractères presque constants :

Thermo résistance.
Attaque de la Mannite.

STREPTOCOQUE VIRIDANS

Caractère constant :

Thermolabilité.

Caractère presque constant :

Absence de fermentation de l'esculine et
de la mannite.

Nous nous permettons pourtant d'insister sur la difficulté qui existe souvent pour le bactériologiste à différencier streptocoque, pneumocoque et entérocoque.

ETIOLOGIE

Trastour, dans sa thèse intitulée « L'Entérocoque agent pathogène », a montré que le microbe comme beaucoup d'autres microbes, est saprophyte de l'organisme humain. On le trouve pour ainsi dire partout et sa fréquence, a dit Jouhaud « n'a d'égale que celle du staphylocoque et du bactérium coli. » On le trouve, dit Trastour, dans toute la longueur du tube digestif, il est d'ailleurs assez facile de le mettre en évidence, dans la salive et dans les selles. On le rencontre encore (Thiercelin) dans le nez, sur la peau, dans le vagin et la vulve; on l'a même reconnu dans le lait, l'urine, la viande putréfiée, l'air et l'eau.

D'ailleurs, différents travaux ont été faits pour démontrer la fréquence de l'entérocoque. Citons seulement l'article de Hensy J.-B. et Morin G.-S. sur « La fréquence de l'entérocoque comme agent pathogène », et celui de Musante sur « L'importance de l'entérocoque comme agent pathogène ».

Il semble même qu'on trouve l'entérocoque dans le sang très fréquemment, puisque Morin, dans un article paru en 1929 et intitulé « Sur quelques cas de septicémie à entérocoque » rapporte que sur 307

hémocultures, pratiquées à l'Institut Pasteur de Saïgon, on trouva 24 fois du streptocoque et 24 fois de l'entérocoque. L'entérocoque se trouverait donc dans le sang aussi fréquemment que le streptocoque.

Somme toute, l'entérocoque nous apparaît comme un germe très fréquent non seulement comme saprophyte du tube digestif surtout, mais aussi comme agent pathogène.

Comment devient-il pathogène ? Sans doute à la suite de circonstances nombreuses et variées qu'il est difficile de déterminer. Dans le cas d'infection puerpérale qui nous occupe, il ne semble pas qu'on ait à incriminer des antécédents héréditaires ou personnels chargés; par ailleurs, il ne semble pas non plus que cette infection soit la conséquence d'un accouchement laborieux ou ayant nécessité une intervention quelconque. Cependant, il est bon de remarquer que dans l'une de nos observations la malade avait eu une application de forceps, et que dans une autre on avait dû provoquer l'accouchement à huit mois et dix jours, à cause d'un bassin généralement rétréci.

On est donc en droit de croire, ou tout au moins de supposer, que ces manœuvres furent la cause prédisposante de l'infection qui suivit.

SYMPTOMATOLOGIE

Les quelques observations sur lesquelles s'appuient ce travail sont assez superposables les unes aux autres au point de vue clinique, pour nous permettre de décrire une symptomatologie assez différente de celle des autres septicémies puerpérales. D'ailleurs, nous verrons en étudiant successivement les principaux signes qui la caractérisent, que l'infection puerpérale à entérocoque se rapproche beaucoup de la septicémie entérococcique primitive, telle que nous la connaissons depuis les travaux et les observations de Thiercelin, Trastour, et un certain nombre d'autres auteurs.

Nous avons dit, dans le chapitre précédent, sans toutefois être catégorique, que les antécédents et les manœuvres faites au moment de l'accouchement ne semblaient pas expliquer la virulence brutale de l'entérocoque, nous n'y reviendrons pas.

Le début est d'ordinairement assez brusque; quelques jours après l'accouchement, alors que rien ne le faisait prévoir, les premiers signes de la maladie font leur apparition :

La température s'élève assez rapidement, atteignant

d'emblée 39 ou 40°. Cette température survenant à la suite d'un ou de plusieurs frissons. D'ailleurs, à partir de ce moment, jusqu'à la fin de la maladie, la température sera très élevée et affectera, ou bien une forme en plateau (Observation II) ou bien, au contraire, présentera des oscillations allant de 37,5 à 40° et plus (Observations I et III). Tricoire, d'ailleurs, dans son article « Infections à entérocoques », paru dans un numéro du *Progrès Médical* de 1917, a décrit ces deux formes de septicémie entérococcique :

La forme de fièvre intermittente, et la forme de fièvre continue.

Il semble que la forme de fièvre intermittente soit plus fréquente et plus caractéristique de l'entérocoque, Courtois-Suffit et Trastour l'ont mis particulièrement en relief, cependant elle n'est pas constante dans l'entérococcie puerpérale; notre observation II en est une preuve. Dans cette observation, la température qui est aux environs de 39° dès le sixième jour y restera jusqu'au quinzième jour environ, pour descendre ensuite rapidement mais progressivement à la normale. Au contraire, dans nos observations I et III, la température est tout à fait irrégulière. On verra une ou plusieurs fois au cours de la maladie le thermomètre marquer 37 ou 37,5° pour remonter 24 ou 48 heures plus tard à 39,5 ou 40°. Chaque poussée thermique étant précédée d'un frisson de durée variable : quinze à vingt minutes ordinairement. C'est donc une température qui pro-

cède par accès irréguliers rappelant jusqu'à un certain point le rythme des accès paludéens. C'est cette forme de fièvre intermittente que nous retrouvons dans les observations de Courtois-Suffit et Trastour, de Hulot et Rosenthal et de plusieurs autres auteurs.

Le pouls, d'une façon générale, est en complet accord avec la température, avec cette différence cependant que sa fréquence est la même malgré les sautes brusques que peut enregistrer le thermomètre, en particulier dans les formes de fièvre intermittente. Dans notre observation I en particulier, le pouls resta en plateau, battant au rythme constant de 130 à la minute malgré les oscillations irrégulières de la température.

Les troubles intestinaux sont, semble-t-il très importants dans la symptomatologie de l'infection puerpérale à entérocoque. Dans notre observation III, due à MM. Gonnet et Bujadoux, il semble n'en être pas question. Dans notre observation II ces troubles ne furent pas très accusés, par contre, dans notre observation I, ils furent un gros signe de la maladie. En effet, du deuxième jour de la maladie jusqu'à la guérison presque complète, la malade fut atteinte d'une diarrhée fétide; la malade va cinq ou six fois par jour à la selle, elle rend des matières molles, très peu colorées. Nous retrouvons cette diarrhée décrite dans les observations de septicémie à entérocoque primitive dues à Deherain et à Hulot et Rosenthal, c'est donc un signe qu'il convient de ne pas négliger.

La splénomégalie que nous trouvons dans notre observation III, paraît aussi devoir être retenue. Cependant, elle ne semble pas exister d'une façon constante, pourtant MM. Gonnet et Bujadoux insistent sur ce signe. D'ailleurs nous le retrouvons encore dans plusieurs observations de septicémies primitives généralisées à entérocoque, en particulier dans les observations de MM. Hulot et Rosenthal.

L'état général de la maladie reste relativement bon, malgré les symptômes généraux souvent inquiétants. Pourtant, dans notre observation III, la malade fut choquée pendant quelques jours, tolérant seulement un peu de champagne. Par ailleurs, la malade que nous avons eu l'occasion d'observer personnellement fut très abattue dès le dixième jour de la maladie, et le quatrième et cinquième jour, elle présenta un état psychique particulier, caractérisé par une nette obnubilation avec confusion mentale avoisinant le délire. Malgré cela, un fait resta troublant, son enfant qu'elle allaitait se portait très bien et prenait normalement du poids; l'état général n'était donc pas si touché qu'on eût pu le croire; d'ailleurs, dans les observations de MM. Gonnet et Bujadoux que nous reproduisons dans ce travail, « l'état de la malade resta constamment bon ». Nous insisterons cependant sur les troubles psychiques qu'a présentés notre malade, nous les retrouverons encore dans les cas de septicémies primitives à entérocoque telle que celle que nous rapportent M. Brelet de Nantes, et MM. Hulot et Rosenthal.

Au point de *vue objectif*, la splénomégalie dont nous venons de parler semble être le seul signe que nous puissions mentionner : les symptômes constatés en effet chez les malades atteints de septicémie puerpérale à entérocoque sont quasi nuls. Les examens répétés de l'appareil génital ne donnent rien, l'utérus évolue normalement et n'est aucunement douloureux, les lochies sont normales. Par ailleurs, l'examen des autres appareils ne révèlent rien qui puisse expliquer les symptômes généraux que nous avons décrits, l'auscultation du cœur ne révèle rien autre que la tachycardie sans arythmie ; celle des poumons ne montre rien d'anormal.

Telle est la symptomatologie de l'infection puerpérale à entérocoque dans sa période d'état. On voit qu'elle ressemble à beaucoup de points de vue à celle de la septicémie primitive à entérocoque. Cette période durera trois semaines, un mois, ou davantage ; il nous reste maintenant à voir l'évolution et la terminaison de cette affection.

EVOLUTION. — DIAGNOSTIC

Il est bien évident que devant les phénomènes généraux présentés par les malades atteintes de septicémie puerpérale à entérocoque, — température élevée, frissons répétés, pouls constamment rapide, état général plutôt déficient, — on ait tendance à porter un sombre pronostic; or, dans les quelques observations que nous avons recueillies, les malades ont toujours guéri.

La malade que nous avons pu suivre à la Maternité de l'Hôpital d'Angers, fut atteinte d'une forme particulièrement grave, cependant elle a guéri parfaitement et de façon assez rapide. Nous avons eu l'occasion récemment de la voir, elle se porte admirablement bien; pourtant, il nous faut avouer que pendant quelques jours nous n'espérions plus cette guérison.

L'évolution de l'affection que nous étudions, est assez particulière. Au bout d'un temps assez long, un mois environ, à la suite semble-t-il d'une localisation de l'infection, brusquement la température tombe à 37° ; le pouls est beaucoup moins rapide, l'état général est meilleur, l'appétit renaît, la malade est guérie;

mais l'infection puerpérale à entérocoque est une maladie dont les formes à rechutes sont fréquentes, semble-t-il, et au bout de quelques jours les phénomènes infectieux de nouveau réapparaissent, pour régresser trois ou quatre jours après, et aboutir enfin à la guérison définitive.

L'infection puerpérale à entérocoque est donc une maladie dont il faut craindre les rechutes, mais la guérison est de règle. Là encore, nous pouvons faire un rapprochement très net, entre l'infection puerpérale à entérocoque et la septicémie primitive généralisée à entérocoque tant au point de vue des rechutes que de la terminaison. En effet, sur un certain nombre d'observations de septicémie entérococcique primitive due à des auteurs différents, la plupart eurent une issue heureuse. Dans l'observation rapportée par MM. Hulot et Rosenthal, la malade mourut, mais il y a peut-être lieu de tenir compte d'une hérédité chargée et d'antécédents personnels mauvais. Le cas que nous rapporte M. Brelet, de Nantes, se termina aussi par la mort, mais il s'agissait d'un homme de 74 ans, très fatigué.

DIAGNOSTIC

On doit dire que malgré les symptômes particuliers et troublants de l'infection puerpérale, on arrive péniblement à en faire le diagnostic. C'est une affection si rare, alors que les infections dues au streptocoque et au colibacille sont si fréquentes dans le post-partum, leurs formes cliniques sont si variées, qu'on porte très difficilement un diagnostic d'entéroccocie. Il faut avouer d'ailleurs que la streptococcie donne souvent le tableau clinique que nous venons d'établir pour l'entéroccocie; seul le laboratoire peut faire la différenciation. Les différences sont plus marquées pour la colibacillose. M. Gaugain, d'Angers, dans sa thèse « Recherches sur les infections d'origine intestinale au cours de la puerpéralité », a montré que la colibacillose donne une température sans grandes oscillations, sans frissons; le pouls étant moins rapide, l'état général moins touché. Cependant les phénomènes intestinaux sont fréquents et la diarrhée qu'on observe presque toujours dans la colibacillose est à rapprocher de celle qu'on peut trouver dans l'entéroccocie.

Pourtant, devant une température oscillante affec-

tant un rythme paludéen, devant un pouls dont la cadence élevée reste la même pendant plusieurs semaines, devant un état général qui peut sembler très atteint, mais qui cependant résiste malgré les symptômes infectieux graves et malgré la longueur de la maladie, il faut soupçonner l'entérocoque, surtout si les examens répétés et méthodiquement faits des différents appareils, en particulier de l'appareil génital, ne révèlent rien.

Une hémoculture devra alors être pratiquée, soit que l'on prélève du sang dans une veine, soit qu'on utilise les lochies rendues par la malade.

Nous ne reviendrons pas sur les difficultés qui existent à différencier l'entérocoque du pneumocoque et du streptocoque. Là encore le diagnostic pourra être hésitant et un certain nombre de cultures sera peut-être nécessaire pour arriver à un résultat positif.

On voit donc, tant au point de vue clinique qu'au point de vue bactériologique, que le diagnostic de l'infection puerpérale à entérocoque n'est pas aisé, car non seulement il faut éliminer les septicémies dues à un autre microbe que l'on rencontre assez souvent dans le post-partum, mais il faut encore pouvoir écarter les diagnostics possibles de fièvre typhoïde ou même de paludisme. C'est pourquoi nous insistons sur ce point :

L'hémoculture est nécessaire.

TRAITEMENT

Comme on pourra s'en rendre compte en lisant les observations qui suivent ce chapitre, la question du traitement de l'infection puerpérale à entérocoque, n'est pas encore au point.

Dans les cas que nous rapportons, diverses méthodes ont été employées ; toutes aboutirent à la guérison, même lorsqu'il s'agissait de cas graves ; mais nous savons que la guérison est de règle dans cette affection, aussi convient-il de ne pas s'en étonner outre mesure.

Dans l'observation I, que nous rapportons, successivement la pyoformine et la septicémine furent d'abord essayées par voie intraveineuse et ne semblèrent pas donner de résultats immédiats appréciables.

Dans l'observation II, les lavages intestinaux et le lantol en injections répétées de 4 cm³ à chaque fois, ne semblèrent pas avoir plus de succès. Il faut avouer d'ailleurs que ces diverses médications avaient pour but de combattre un état infectieux dont on ignorait l'origine. Il s'agissait donc, en somme, d'un traitement symptomatique, mais ne s'adressant pas directement à la cause du mal. Dans l'une de nos observations cependant, dès que le laboratoire eût répondu qu'il

s'agissait d'entérocoques, un auto-vaccin fut fait et injecté progressivement. Ce vaccin fut parfaitement toléré et semble avoir déclanché la guérison; mais il ne faut pas oublier qu'on n'eût pas recours à ce traitement dans les autres cas que nous rapportons; cependant les malades guérirent.

Doit-on croire, devant ces constatations, que l'infection puerpérale à entérocoque, est une affection qui guérit fatalement et quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre? Nous ne le croyons pas, en tout cas il est un fait certain, c'est que la guérison ne se dessine que lorsque l'affection semble s'être localisée.

Dans l'observation III que nous empruntons à MM. Gonnet et Bujadoux, une congestion pulmonaire bilatérale, — « qui semble avoir joué le rôle de localisation », — se déclancha au vingt-septième jour. A partir de ce moment, la température tomba définitivement.

Par ailleurs, dans les observations I et II, des abcès de fixation furent pratiqués, selon la technique habituelle, à la partie antéro-externe de la cuisse, 2 ou 3 centimètres cubes d'essence de térébenthine furent injectés sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces abcès évoluèrent assez rapidement, sauf dans un cas cependant, où l'on fut obligé de recommencer l'injection d'essence de térébenthine, et furent ouverts environ une semaine après l'injection, donnant issue à une grosse quantité de pus grumeleux et mal lié.

Dans ces deux cas, il sembla bien que la date de

l'amélioration coïncide avec celle de l'abcès de fixation.

Il paraît peut-être osé de rapprocher la congestion pulmonaire bilatérale de notre observation III avec les abcès de fixation des deux autres, au point de les assimiler à une localisation de l'infection et de leur faire jouer un rôle curateur certain ; cependant, il semble difficile aussi, de négliger une pareille coïncidence. D'ailleurs, si depuis longtemps on a reconnu l'efficacité de l'abcès de fixation, il ne semble pas qu'on soit arrivé encore à expliquer de quelle façon cette médication agissait. Fochier l'avait préconisé, croyant qu'il fixait les germes de l'infection en cours ; il fut aussitôt objecté à cette théorie, que le pus de l'abcès de fixation est toujours stérile, et on essaya d'expliquer son rôle, en disant qu'il déterminait une poussée leucocytaire et une mise en liberté des ferments contenus dans les leucocytes. Actuellement, on ajoute (Rathery), qu'il libère aussi des albumines diverses, donnant lieu ainsi à une véritable protéinothérapie lente. Evidemment le mode d'action de l'abcès de fixation est complexe, mais il convient de ne pas rejeter, d'une façon absolue, la théorie pathogénique de Fochier. C'est ainsi qu'on a pu voir se développer tardivement au niveau de ces abcès, le germe même de l'infection, par exemple le bacille d'Eberth (Rathery et Bonnard). De plus, on peut rencontrer dans les fixations l'antigène spécifique (Netter et Cesari) ou les poisons qui ont expérimentalement intoxiqué l'animal (Carles).

Quel que soit le mode d'action de l'abcès de fixation, et quel que soit le rapport existant entre cet abcès et une infection aiguë localisée, survenant au cours d'une infection générale, — telle cette congestion pulmonaire bilatérale, dont il est question dans l'observation de MM. Gonnet et Bujadoux, — un fait semble certain : l'un et l'autre déclanchent ou favorisent la guérison dans l'infection puerpérale à entérocoque. Doit-on s'en tenir à l'abcès de fixation et en faire l'unique traitement de l'infection puerpérale à entérocoque? Non, certainement. Il ne faut pas oublier que dans notre observation II, un auto-vaccin fut pratiqué et semble avoir déclanché la guérison. Il est bien certain, par ailleurs, que si les phénomènes infectieux avaient persisté pour la malade de notre observation I, nous aurions eu recours au même traitement. En effet, l'auto-vaccin semble donner vraiment de très bons résultats d'une façon générale dans les septicémies entérococciques. Monjiols et Collignon l'ont montré dans un article intitulé « Cure of enterococcus septicemia under auto-vaccin » paru dans le *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*. Par ailleurs, Langeron rapporte aussi le cas d'une septicémie primitive très grave, dans lequel un auto-vaccin fait suivant la technique ancienne de Mauté, par chauffage, semble avoir fait merveille. Cet auteur rapporte même qu'un abcès de fixation, qui n'avait produit jusque-là aucune réaction, se développa du jour où l'on eût fait la première injection d'auto-vaccin. Notre observation II confirme entièrement ce que

dit Langeron à ce sujet; deux abcès de fixation furent faits : le premier ne donna d'abord rien ; mais le deuxième, fait 24 heures environ avant la première injection d'auto-vaccin, se développa, et le premier à ce moment, commença à évoluer aussi. Les deux abcès furent ouverts le même jour.

Il semble donc bien qu'en modifiant en quelque sorte l'état humoral de l'organisme, l'auto-vaccin agisse vraiment et aboutisse à la guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame U..., 30 ans, primipare, est entrée à la salle de travail le 29 mai, à 20 heures.

La malade souffre depuis 30 heures environ. La dilatation se fait très lentement, l'utérus est fibromateux, aussi craignant un accident, on décide de faire une application de forceps.

Anesthésiée au balsoforme, l'extraction s'opère aisément. L'enfant naît bien vivant et bien constitué. Pas de déchirure au périnée. La délivrance est faite par expression 30 minutes après l'accouchement; elle semble complète.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 juin, donc à peine 4 jours après l'accouchement, la malade est prise d'un violent frisson qui dure cinq minutes; cependant elle peut dormir ensuite, mais le lendemain matin elle a 39°1, et le soir du même jour, la température monte à 40°3. Le pouls est rapide, atteignant 130, la malade se plaint de céphalée, elle est abattue, la langue est sèche. A l'examen on ne trouve rien du côté des organes génitaux; l'utérus évolue normalement, les lo-

chies sont également normales. On se contente de mettre de la glace sur le ventre de la malade.

Le 3 juin au matin, la température s'est abaissée à 38°6, le pouls bat 120; le soir la cadence est la même, mais la température s'est élevée à 40°2. La malade est plus abattue; de plus, une diarrhée fétide fait son apparition. On maintient la glace sur le ventre. On lui injecte par voie intraveineuse, 2 centimètres cubes de pyoformine et on lui fait prendre 20 grammes de sulfate de soude.

Le 4 juin, le thermomètre qui marquait 38° le matin, marque 40°2 le soir, le pouls bat régulièrement à 125. L'examen de l'appareil génital révèle un corps utérin un peu gros avec une masse fibromateuse volumineuse, le col est presque fermé; le même traitement est continué.

Le 5 juin au matin, la température est la même que la veille. La malade a très peu dormi, et dans les premières heures de la matinée, elle a présenté un état d'obnubilation très nette avec confusion mentale, avoisinant le délire. Elle semble de plus en plus abattue. Le soir, la température remonte à 39°5.

Quelles que soient les raisons de penser à une infection d'origine utérine ou péri-utérine, peut-être même au sphacèle d'un noyau fibromateux, l'absence de tous phénomènes locaux est remarquable; par ailleurs il existe un fait troublant qui fait espérer que l'infection est moins grave qu'on ne pourrait le penser au premier abord, c'est l'état de l'enfant qui, nourri au sein, se porte très bien et prend du poids

régulièrement. Le pouls se maintient en plateau, à 125.

Le 6, la température est à 39°3 le matin, la malade délire, on décide de lui faire un abcès de fixation : 3 centimètres cubes d'essence de térébenthine sont injectés sous la peau de la face antéro-externe de la cuisse gauche. On continue la glace sur le ventre et la pyoformine intra-veineuse.

Le 7, la température semble se tenir en plateau à 39°5, le pouls bat à 120. La diarrhée persiste, la malade allant à la selle 5 à 6 fois par jour : matières molles, fétides, peu colorées. On envisage la possibilité d'une hystérectomie croyant toujours à une infection par sphacèle d'un fibrome, mais on hésite, car l'enfant prend du poids normalement ; de plus, l'abcès de fixation fait la veille, semble devoir évoluer favorablement. On continue la glace sur le ventre et on fait 8 centimètres cubes de septicémine par voie intra-veineuse. En même temps, on prélève du sang pour une hémoculture.

Le 8, la malade semble légèrement mieux, elle ne délire plus, le thermomètre marque moins de 39° mais le pouls bat toujours à 120, on constate une grosse réaction du côté de son abcès. La septicémine par voie intra-veineuse est continuée.

Le 9, la température n'est plus qu'à 38°, le pouls restant au rythme de 120 à la minute, mais la diarrhée qui a continué jusque-là, cesse brusquement. La malade se sent avoir de l'appétit. L'abcès tend à se collecter. Le résultat de l'hémoculture nous arrive, le germe trouvé est l'entérocoque.

Le 10, la malade se sent très bien, la température continue à baisser, la malade a bon appétit. L'enfant continue à prendre du poids. (On tente de circonscrire l'abcès de fixation par trois injections de bactérie-pyophage).

Le 11, le mieux s'accroît.

Le 12, la malade n'a plus de température; le pouls reste rapide cependant.

Le 13, on ouvre l'abcès qui contient un pus grumeleux. Le soir la température remonte à 40°1.

Le 14, la température est à 37°4, le pouls battant à 110. La malade se sent moins bien; la diarrhée de nouveau fait son apparition. On attribue à une nourriture trop abondante cette rechute. L'abcès se draine parfaitement.

Le 15, la température est encore à 39°, la diarrhée persiste.

Le 16, les phénomènes s'amendent, la température tombe à 37°, la diarrhée s'arrête, la malade se sent mieux.

Le 17, la température qui était tombée le matin à 37°2, remonte le soir à 39°4, le pouls atteignant 120.

Le 18, même état. Après un frisson de quelques minutes, la température s'élève à 39°2. On fait alors prendre à la malade deux ampoules d'ampho-vaccin.

Le 19, la température est de 38°4 le matin. Son abcès semblant se drainer mal, on refait une autre incision qui fait évacuer une grande quantité de pus. Le soir, nouveau frisson, qui dure cette fois-ci 25 minutes, à la suite duquel la température s'élève à 39°.

On fait alors à la malade 2 centimètres cubes de pyoformine par voie intra-veineuse et on continue l'ampho-vaccin.

Le 20, la température tombe à 37°, le pouls se ralentit à la cadence de 100 pulsations à la minute. On continue la pyoformine et l'ampho-vaccin, cependant.

Le 21, l'état de la malade est excellent; la température se maintient à 37°, le pouls bat à 80.

Le 22, la malade rentre chez elle en parfait état de santé. Elle n'eut dans la suite aucune rechute.

OBSERVATION II

Docteur Gaugain

Madame L..., 22 ans, primipare.

Dans ses antécédents personnels, on ne note aucune maladie grave. Cependant, elle est sujette à des fréquentes angines et à des troubles gastro-intestinaux, marqués par des alternatives de constipation et de diarrhée. A l'âge de 20 ans, elle fut envoyée six mois dans la montagne.

Après une grossesse normale, durant laquelle l'état général s'améliora, la malade, à la suite d'un long travail (plus de 20 heures), accoucha spontanément. Mais la malade, après son accouchement, eut une hémorragie qui nécessita l'injection sous-cutanée d'une certaine quantité de sérum physiologique; de plus, on dut mettre trois points de suture sur une déchirure du périnée.

Les suites de l'accouchement furent très bonnes pendant cinq jours : lochies normales, utérus évoluant normalement. Cependant la température est un peu élevée, allant de $37^{\circ}2$ à $37^{\circ}6$. Chaque jour, on donne un lavement à la malade.

Le sixième jour, au soir, après une succession de petits frissons, la température monte à $39^{\circ}7$, le pouls bat à 100. Le ventre est un peu douloureux ; cependant l'examen de l'appareil génital ne révèle rien d'anormal. On fait à la malade un grand lavage d'intestin, et on lui injecte par voie intra-musculaire, 4 centimètres cubes de lantol.

Les septième et huitième jours, la température se maintient entre 39° et $39^{\circ}5$, le pouls battant à la cadence de 100 pulsations à la minute. Soir et matin, on fait à la malade une injection intra-utérine de 6 litres, d'une solution de permanganate, puis d'eau oxygénée ou d'eau iodée, injections qui ne ramènent aucun débris. On prélève des lochies pour les cultiver sur gélose et bouillon.

Le neuvième jour, la température est la même ; l'utérus est petit, non douloureux. La dernière injection a fait saigner l'utérus assez abondamment, aussi cesse-t-on ces injections. Le ventre est un peu ballonné, malgré les lavages d'intestins réguliers qui ramènent chaque jour une selle. L'état général est assez mauvais, l'alimentation est impossible, provoquant des nausées puis des vomissements si l'on insiste. Le champagne seul est très bien toléré. Les urines sont abondantes.

La culture en bouillon a donné un coccus en diplocoques et en courtes chaînettes, et prenant le gram ; sur gélose on a pu obtenir par repiquage le même coccus que l'on prend pour du streptocoque.

Les dix, onze et douzième jours, même état. La température évoluant entre 38°5 et 39°5 le soir. Le pouls se maintient aux environs de 100. L'état général est assez mauvais, l'alimentation étant impossible. Rien d'anormal du côté de l'appareil génital ; l'utérus est petit ou n'a plus de lochies.

Le douzième jour, on fait un abcès de fixation par la technique habituelle.

Les treize, quatorze et quinzième jours, l'état de la malade est stationnaire. La température baisse légèrement, 38°3 le matin, 39° le soir. La fosse iliaque droite est douloureuse, faisant penser à une localisation de l'infection.

La première injection d'essence de térébenthine n'ayant donné aucune réaction, on fait un nouvel abcès de fixation.

A ce moment, le laboratoire répond que le coccus trouvé est de l'entérocoque ; aussitôt, avec une vieille culture, on commence la confection d'un auto-vaccin par l'ancienne technique de Mauté : chauffage pendant 24 heures à l'étuve à 56° de l'émulsion mère, dilution par l'eau salée, chaque centimètre cube contenant 3 milliards de germes.

Le seizième jour, on commence la vaccination ; 1/4 ccm3 est injecté sous la peau et bien toléré.

Le dix-septième jour, la température est en baisse ;

moins de 38° le matin, moins de 39° le soir. On injecte 1/2 ccm³ du vaccin.

Le dix-huitième jour, la température continue à baisser, le pouls bat à 90.

Le dix-neuvième jour, le thermomètre marque seulement 37°8 le soir ; les deux injections d'essence de térébenthine produisent une réaction et donnent un abcès unique. On continue le vaccin en injectant 3/4 de cm³.

Les jours suivants, l'état général s'améliore sensiblement, mais l'appétit renaît lentement.

Le vingt-deuxième jour, on ouvre les abcès de fixation qui se sont développés. A ce moment, on fait quotidiennement à la malade une injection d'arrhéno-martiol.

Ce n'est qu'au bout d'un mois seulement que la malade peut se lever et partir à la campagne où, très rapidement, elle recouvre un état de santé excellent.

OBSERVATION III

MM. Gonnet et Bujadoux, 1921

Primipare, 25 ans, présentant un bassin généralement rétréci. Un accouchement prématuré provoqué au ballon de Champetier est pratiqué, vers huit mois et dix jours. Accouchement spontané; l'expulsion dure deux heures et demie et nécessite des efforts très énergiques. Délivrance normale.

Pendant les trois jours qui suivent, paralysie complète du sphincter anal. Les matières fécales s'écoulent sans interruption et malgré des soins minutieux, souillent certainement l'orifice vulvaire non déchiré.

Dès le troisième jour du post-partum s'installe une période fébrile qui dure quarante jours. Le grand caractère de cette fièvre est son irrégularité avec des oscillations de 36°6 à 41 °, des périodes de vingt-quatre à quarante-huit heures avec température normale.

Pendant cette période fébrile, une dizaine de grands frissons qui rappellent l'accès paludéen.

L'état général de la malade reste constamment bon. La langue est humide, rosée, l'appétit conservé, rien au cœur ni aux poumons.

Le seul symptôme inquiétant est l'hypertrophie splénique très nette à partir du vingtième jour.

L'évolution utérine est un peu lente, les culs-de-sac vaginaux restent constamment libres, les lochées ne sont pas fétides.

Dès le cinquième jour, on pratique un examen des lochies, dont la flore isolée sur boîte de Pétri révèle la présence d'un streptocoque non hémolytique et d'entérocoques classiques.

Au dixième jour, hémoculture positive : l'entérocoque est dans le sang à l'état pur.

Au vingtième jour, nouvelle hémoculture, qui révèle encore la présence d'entérocoque pur.

Au vingt-septième jour, une troisième hémoculture est négative.

A ce moment apparaît brusquement une conges-

tion pulmonaire des deux bases avec points de côté, dyspnée légère et crachats hémoptoïques. Les phénomènes pulmonaires diminuent progressivement en même temps que la température, et quarante jours après le début de l'infection, l'apyrexie est définitive.

Revue un mois après, la malade est en bon état ; ses deux poumons n'ont plus rien d'anormal ; l'hypertrophie splénique a disparu.

CONCLUSION

1° La septicémie puerpérale à entérocoque est une affection très rare, mais que le laboratoire a cependant permis d'identifier d'une façon certaine.

2° L'affection puerpérale à entérocoque est une maladie qui, en ayant l'apparence de la septicémie streptococcique en raison de la gravité des phénomènes infectieux qu'elle produit, peut être rapprochée de la colibacillose par son origine intestinale et la bénignité de son pronostic. Bien que peu fréquente et si divers que soient les symptômes par lesquels elle se manifeste, il est intéressant de connaître cette affection qui a sa place au milieu des autres septicémies puerpérales.

3° En raison de la difficulté presque insurmontable à poser le diagnostic, la présence d'une septicémie grave chez une malade récemment accouchée, exige la nécessité formelle d'une hémoculture qui, seule, donnera la certitude du diagnostic, permettra de porter un pronostic et de faire un traitement utile.

4° Aux phénomènes infectieux graves que présente une malade atteinte de septicémie puerpérale

à entérocoque seul peut être opposé le fait suivant, qui contraste avec eux :

L'enfant allaité par la malade prend du poids normalement et continue à bien se porter pendant toute la maladie ; ce qui, d'ailleurs, permet d'établir un pronostic relativement bénin.

5° Comme dans les autres septicémies d'origine puerpérale, la pratique des moyens employés habituellement pour combattre les phénomènes infectieux, doit être mise en œuvre. Toutefois, l'abcès de fixation, d'ailleurs recommandable dans toutes les infections généralisées, est ici particulièrement intéressant. Le laboratoire, ayant révélé de l'entérocoque dans le sang de la malade, un auto-vaccin pratiqué alors, même si la gravité des symptômes généraux commence à s'atténuer, hâtera la guérison.

Vu : le Doyen
G. ROUSSY.

Vu : le Président
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1889. THIERCELIN. — Morphologie et mode de reproduction de l'entérocoque. (*C. R. Soc. Biol. Bd.* 51).
1899. THIERCELIN. — Sur un diplocoque saprophyte de l'intestin susceptible de devenir pathogène. (*C. R. Soc. Biol. Paris*, II^e série, p. 269 à 271).
1901. HULOT et ROSENTHAL. — Entérococcie généralisée. (*Presse Médicale*, Paris, n^o 340).
1902. JOUHAUD. — Caractères biologiques de l'entérocoque. (Thèse de Paris, n^o 369).
1903. THIERCĒLIN et JOUHAUD. — Infection expérimentale par entérocoque. (*C. R. Soc. Biol. Paris*, LV, p. 278).
1903. METCHNIKOFF. — Les microbes intestinaux. (*Bul. Institut Pasteur*, Paris, I, p. 217-265).
1904. COURTOIS-SUFFIT et TRASTOUR. — Entérococcie à forme de fièvre intermittente. (*Gaz. des Hôpitaux de Paris*, LXVI, p. 271-273).
1904. TRASTOUR. — L'entérocoque agent pathogène. (Thèse de Paris, n^o 340).

1907. GAUGAIN. — Recherches sur les infections d'origine intestinale au cours de la puerpéralité. (La colibacillose). (Thèse de Paris, n° 383).
1908. THERCELIN. — Culture de l'entérocoque sur placenta humain, entérocoque dans les produits organiques en putréfaction et infection puerpérale. (*C. R. Hebd. Soc. Biol. Paris*, LXIV, p. 76-77).
1914. SCHETCHER. — Contribution à l'étude des bacilles intestinaux. (Thèse de Paris).
1914. DONALDSON. — A case of Puerperal fever associated with the enterococcus. (*Path. et Bactériol Cambridge*, XVIII, p. 460-477).
1916. TRICOIRE. — Revue générale des Infections à entérocoque. (Thèse de Lyon).
1917. TRICOIRE. — Infections à entérocoque. (*Progrès Médical*, Paris III^e. Série XXXIII, p. 387-88).
1918. LANGERON. — Entérococcie traitée par un auto-vaccin. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, III^e. Série XLIII, p. 43-46).
1920. NOUVEAUX. — Contribution à l'étude des bacilles intestinaux. (Thèse de Paris).
1920. MONZIOLS et COLLIGNON. — Cure of enterococcus septicemia under auto-vaccine. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 44.883, 18 juin).
1921. GONNET et BUJADOUX. — Infection puerpérale à entérocoque. (*Bull. Soc. d'Obstr. et de Gynécol. Paris*, X, p. 661-663).

1923. ABADIE. — Entérocoque en gynécologie. (*Bull. Acad. de Méd. Paris*, III^e Série XC, p. 316-317).
1924. THIERCELIN. — Des manifestations gastro-intestinales dans les infections à entérocoques (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, Paris, XIV, p. 869-897).
1924. HENSY et MORIN. — Fréquence de l'entérocoque comme agent pathogène. (*Marseille Médical*, LXI, p. 71-75).
1924. MORIN, CAUDIERE et CERTONCINY. — Entérocoque agent pathogène fréquent pratiquement. (*C. R. hebd. Soc. de Biol. Paris*, p. 1268).
1924. MEYER. — Die Bedeutung des Enterokokkus für die Infektionen der Harn und Gallenwege (Klein Wochenschrift).
1925. BRELET. — Un cas de septicémie à entérocoque. (*Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, 29 mai).
1925. POPPER. — Sur deux essais de l'entérovaccinothérapie. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Bucarest*, VII, p. 10-12).
1925. OLINESCO. — Un cas grave d'entérococcie (Etude clinique et bactériologique). (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Bucarest*, p. 59-67).
1926. J.-R. GOYAENA et L.-J. CORSI. — Enterococcus septicemia. (*Rev. Soc. de Méd. et tisiol.*, 2, p. 193-205. *Semana Med.*, I, p. 1169-1172, 27 mai).

1926. A. NYFELOT. — Enterococcus sepsis (Mgenk. laeger 88 : p. 41-43, 14 janvier).
1929. H.-G.-S. MORIN. — Sur quelques cas de septicémie à entérocoque de Thiercelin. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 22, p. 690-704).
1930. ETIENNEY. — Un cas de septicémie grave dû à l'entérocoque de Thiercelin. (*Revue Méd. de la Franche-Comté*, n° 5, 15 mai).
1930. SK. BARBERA. — Septicemia enterococcica con manifestazioni alle fauci oralie cutanée, guarita con l'autovaccinoterapia. (*Arch. ital. di otol.* 41 : p. 324-331, juillet).
1931. P. EINAUDI. — Equilibri delle difese immunitarie dell' organismo, infezione sperimentale da Enterooccus. (*Giorn. di Batteriologia e immunol.*, p. 673-691. June).
1932. M. EINAUDI. — Contributo allo studio dell' enterococco iso lato da Socolai Morbosi. (*Giorn. di Batteriologia et immunol.*, 8, p. 54-74, janvier).
1932. R. NEGRETE. — Enterococcia despues de un parto normal. Congestion pleuro-pulmonar por enterococcus. Flemon del ligamento ancho derecho y abcesos dell' izquierdo. (*Accion Med.*, V : p. 205-207, Aug.).

